



Anlänt \_\_\_\_\_

**ANSÖKAN GÄLLER:**

- Aktiverande korttidsvård:  
I dagverksamhet ( ) På demensenhet ( )
- Intervallvård/Rehabilitering
- Bedömning av servicebehovet

- Hemvård
- Serviceboende
- Stöd för närståendevård
- Stødtjänster
- Servicesedel för serviceboende

**SÖKANDENS UPPGIFTER**

Namn	Personbeteckning
Hemadress	Hemkommun
Civilstånd ( ) ogift ( ) gift ( ) änka/änkling ( ) skild	Hemtelefon

**ANHÖRIGAS/KONTAKTPERSONENS UPPGIFTER**

Namn	Adress och telefon
------	--------------------

**KONTAKT TILL ANHÖRIGA**

( ) dagligen ( ) varje vecka ( ) varje månad ( ) ingen kontakt ( ) besök ( ) telefonsamtal

**INTRESSEBEVAKARENS**

Namn	Adress och telefon
------	--------------------

**KORT BESKRIVNING AV SÖKANDENS NUVARANDE SITUATION (bl.a. boende och hälsotillstånd)**


**VILKEN HJÄLP/VILKA HJÄLPMEDEL BEHÖVER NI FÖR TILLFÄLLET I FÖLJANDE FUNKTIONER/ÄRENDEN ?**

Att röra sig	_____
Av- och påklädning	_____
Tvättning	_____
WC-besök	_____
Måltiderna	_____
Mediciner	_____
Hemvård	_____
Butiks- och bankärenden	_____

**BEVILJAD SERVICE SOM FÖR TILLFÄLLET GES I HEMMET**

hemservice hur ofta	<input type="checkbox"/>	hemsjukvård hur ofta	<input type="checkbox"/>	nattpatrull hur ofta	<input type="checkbox"/>	stødtjänster	hur ofta

Minne  normalt  försämrat  minneslös MMSE \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
 Syn  normal  försvagad  blind  
 Hörsel  normal  dålig  döv  
 Tal  normalt  otydligt  afasi

Hjälbehov under natten \_\_\_\_\_

Hur länge klarar ni er utan hjälp av en annan person? \_\_\_\_\_

Vårdbidrag från FPA  inget  lägsta  förhöjda  special

Stöd för närståendevård  \_\_\_\_\_

Servicekoordinatören bedömer vilken vårdnivå som är den rätta utgående från hur krävande vårdbehov är. (RAI-bedömning)  
 Klientens egna önskemål beaktas så långt det är möjligt.  
 Jag samtycker till att servicekoordinatören vid behov begär kompletterande uppgifter om mitt vårdbehov från hälsovårdscentralen, sjukhus eller annan källa.  
 Om boendeplats konstateras vara nödvändig tar jag emot den genast då den finns tillgänglig.

Jag försäkrar att de uppgifter jag gett är riktiga.

Plats och tid \_\_\_\_\_

Sökandens underskrift \_\_\_\_\_

Uppgifterna ges inte till utomstående.

Om ansökan ifylls av någon annan än den sökande bör orsak anges.

Annan än sökanden, orsak: \_\_\_\_\_

läkarutlåtande bifogas

**Ansökan returneras till:**  
 Vård- och omsorgscentralen i Kristinestad  
 Avd.sköt Helena Strandholm-Finne  
**Lappfjärdsvägen 10**  
 64100 Kristinestad



PB 13, 64101 KRISTINESTAD  
 PL 13, 64101 KRISTINANKAUPUNKI  
 Tel. / Puh. +358 (010 22) 6200  
 kristinestad@krs.fi / kristinankaupunki@krs.fi  
 kristinestad.fi  
**WWW** . kristinankaupunki.fi